

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

ANDREJ KOČEVAR

Izola, 2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

KOMUNIKACIJA S STAROSTNIKI Z DEMENCO
COMMUNICATION WITH ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

Študent: ANDREJ KOČEVAR

Mentor: doc. dr. KATARINA BABNIK

Somentor: HELENA SKOČIR, PRED.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: Zdravstvena nega

Izola, 2014

KAZALO VSEBINE

KAZALO VSEBINE	I
KAZALO PREGLEDNIC	III
POVZETEK	IV
ABSTRACT	V
1 UVOD	1
2 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE	3
2.1 Demenca	3
2.1.1 Klinična slika.....	3
2.1.2 Stadiji demence	9
2.1.3 Oblike demence.....	10
2.1.4 Vpliv demence na družino, partnerja in prijatelje prizadete osebe.....	13
2.1.5 Zdravstvena nega pacienta z demenco	13
2.2 Komunikacija.....	20
2.2.1 Neverbalna komunikacija.....	21
2.2.2 Terapevtska komunikacija.....	23
2.3 Komunikacija s starostniki z demenco	25
2.3.1 Pomen in posebnosti komunikacije v zdravstveni negi starostnika z demenco	26
2.3.2 Komunikacijske težave, ki se pri demenci pogosto pojavljajo.....	27
3 METODE DELA.....	29
3.1 Namen naloge	29
3.2 Cilj naloge.....	29
3.3 Raziskovalna vprašanja.....	29
3.4 Vzorec	30
3.5 Raziskovalni instrument	30

4	REZULTATI.....	31
5	RAZPRAVA	34
6	ZAKLJUČEK.....	37
7	LITERATURA.....	38
	ZAHVALA.....	41
	PRILOGA.....	42

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Izidi pri izmenjavi sporočil.....	22
Preglednica 2: Odgovori intervjuja.....	32

POVZETEK

Demenca spada med hujše duševne motnje in je ena najpogostejših bolezni v starosti. Z napredovanjem stadija demence so vedno bolj prizadete telesne in kognitivne sposobnosti starostnika. Skrb in nega starostnikov z demenco je zelo zahtevna, naporna in zahteva veliko potrpljenja in časa. Ko medicinska sestra naveže stik z njimi, pogosto pride do težav v medsebojni komunikaciji, zato je pomembno, da ima medicinska sestra ustrezno strokovno znanje in da obvlada terapevtsko komunikacijo. Namen naše diplomske naloge je bil opisati, kakšen način komunikacije uporabljajo medicinske sestre v enem od domov starejših občanov na Obali, kakšne so težave, s katerimi se v komunikaciji s starostniki z demenco najpogosteje soočajo in katere metode uporabljajo, da je sporazumevanje med njimi učinkovitejše. Uporabljena je bila kvalitativno-deskriptivna metoda raziskovanja. Za namen raziskave smo intervjuvali 6 srednjih medicinskih sester, ki so v instituciji zaposlene od 8 do 34 let (povprečno 27 let). Rezultati raziskave so naslednji: vse intervjuvane medicinske sestre se s starostniki z demenco srečujejo vsakodnevno, večina jih pri sporazumevanju uporablja enosmerno komunikacijo, četrтина pa poudarja pomen uporabe telesne govorice. Največ težav se v komunikaciji pojavlja zaradi nerazumevanja starostnikov, ki so naglušni ter imajo prizadete govorne sposobnosti in motnje pomnjenja. Kot ukrep, ki pripomore k učinkoviti komunikaciji med medicinsko sestro in starostnikom z demenco, vse intervjuvane medicinske sestre navajajo miren in počasen pristop, potrpežljivost in razumevanje pri delu, pozorno poslušanje starostnikov in postavljanje čimbolj razumljivih vprašanj. Pet medicinskih sester daje poudarek na odnosu osebja do starostnikov, ki mora temeljiti na zaupanju in empatiji.

Ključne besede: demenca, komunikacija, zdravstvena nega

ABSTRACT

Dementia is one of more severe mental disorders and one of the most common diseases in old age. The advancement of dementia stage increasingly affects physical and cognitive abilities of elderly. Concern and care for elderly people with dementia is very demanding, tiring and requires a lot of patience and time. When a nurse encounters them, often a communication problem between them emerges, so it is therefore important for the nurse to possess adequate professional expertise and to master therapeutic communication skills. The purpose of this diploma thesis was to describe what type of communication exercise nurses in the Coastal retirement home Koper, what kind of problems they face in communicating with elderly people with dementia and what methods they use in order to make communication between them as effective as possible. We used a qualitative - descriptive method of research. For the purpose of this research, we also interviewed six nurses, who have been working in the Coastal retirement home Hope from 8 to 34 years (on average 27 years). The research results are as follows: all interviewed nurses encounter elderly people with dementia on a daily basis, most of them apply one-way communication and one quarter of them emphasises the importance of using body language. Most difficulties in communication occur due to a lack of understanding of elderly people due to deafness, speech disabilities and memorization disorders. As a measure, which contributes to effective communication between the nurse and the elderly with dementia, all interviewed nurses indicated a calm and slow approach, patience and understanding at work, careful listening of the elderly and asking as many understandable questions as possible. Five nurses put emphasis on attitude of the staff towards the elderly, which must be based on trust and empathy.

Keywords: dementia, communication, health care

1 UVOD

Odnos pacienta z demenco in njegovim oskrbovancem je ključnega pomena. Njuna interakcija je osnova njunega odnosa. Gre za sposobnost komunikacije, ki je izredno kompleksen proces z različnimi aspekti od percepcije do izvedbe same komunikacije (1).

Demenca je duševna bolezen, ki najpogosteje prizadene starostnike. Gre za degenerativne okvare možganov (Parkinsonova demenca, Alzheimerjeva demenca in druge), ter za aterosklerotične spremembe, kamor spada vaskularna demenca. Približno 10 % starostnikov med 65. in 70. letom trpi za demenco. Pojavnost demence s starostjo vedno bolj narašča. Skoraj polovica starostnikov nad 85 let ima demenco. V Sloveniji naj bi bilo okoli 25.000 oseb z demenco, medtem ko naj bi jih bilo v državah Evropske unije kar 10 milijonov. Število oseb z demenco pa naj bi se v naslednjih dveh desetletjih zaradi naraščanja starejšega prebivalstva še podvojilo (2).

Opredelitve komunikacije so številne. Naj izpostavimo nekatere, ki jih povzema avtorica Ule (3):

- Komuniciranje je raziskovalen odgovor organizma na dražljaj.
- Komuniciranje je težnja po smislu, kreativno dejanje, v katerem iščemo ključne za orientacijo v okolju in za zadovoljitev potreb.
- Komuniciranje je človeški akt, s katerim skušamo omisliti zunanji svet, in ta smisel deliti z drugimi.
- Komuniciranje je prenos informacij, idej, čustev, spretnosti z uporabo simbolov.

Komunikacija zdravstveno-negovalnega osebja s pacienti je zelo zahtevna in je ena izmed najkompleksnejših sestavin dela medicinskih sester. Lahko jo razumemo kot aktivnosti, s katerimi zagotavljamo najvišjo kvaliteto zdravstvene nege (4).

Vzpostavljanje terapevtske komunikacije je dolgotrajen proces, za katerega je potreben čas, zaupanje in skrbnost vodenja zdravstveno-negovalnega osebja. Vzpostavljanje zaupanja se prične že s tem, ko pacientu ponudimo svojo pomoč, pa naj bo to z besedo ali pa s samo prisotnostjo. Pacientu razložimo kakšna je naša vloga, kaj bomo počeli. S tem

zmanjšamo strah, ki je pri pacientu prisoten, omogočimo pa mu tudi lažjo adaptacijo na novo bolnišnično okolje (4).

Terapevtski odnos temelji na spoštovanju. To pomeni, da pacienta sprejmemo takega kot je, varujemo njegovo zasebnost, spoznamo njegove probleme in potrebe. Za učinkovit terapevtski odnos je zelo pomembna tudi poštenost. Pacientu obljubimo le stvari, katere lahko uresničimo (4).

V terapevtsko komunikacijo sta v celoti vključena medicinska sestra oz. zdravstveni delavec in pacient. Poleg besedne komunikacije so v odnosu pomembna tudi nebesedna sporočila, tako pacienta kot tudi medicinske sestre oz. drugih zdravstvenih delavcev (4).

Pri komunikaciji s pacienti z demenco se velikokrat soočamo s številnimi dejavniki in ovirami, ki vplivajo na proces komunikacije. Med te uvrščamo: ovire pri procesu zaznavanja in filtriranja, mehanične ovire, semantične in psihološke ovire (5).

Ovire pri komunikaciji se pojavljajo tako s strani medicinske sestre oziroma medicinsko-negovalnega osebja kot s strani pacienta z demenco.

Pri sporazumevanju s pacienti z demenco se velikokrat srečamo z moteno komunikacijo. O moteni komunikaciji govorimo, kadar so prisotni različni konteksti komunikacijskih problemov: patologija v družini, patologija pri komunikaciji v duševnih boleznih (demenca, shizofrenija) in splošni problemi pri izmenjavi informacij, preko komunikacijskih poti v možganih (kognitivni upad) (6).

Motena komunikacija je torej rezultat pacientove nepravilne percepcije, osebne interpretacije ter socialne izolacije. Ker je demenca najpogostejša prav v starosti, je obravnava problema komunikacije s pacienti z demenco najbolj značilna prav za komunikacijo zdravstveno-negovalnega osebja s starostniki (7).

2 PREGLED IN ANALIZA LITERATURE

Uporabljena metoda dela je pregled literature. Uporabljena je ključna literatura z obravnavanega področja, predstavljena v poglavju s seznamom virov.

2.1 Demenca

Beseda demenca prihaja iz latinščine in je sestavljena iz predpone de (kar pomeni nasprotnost, upadanje) in mens (kar pomeni duha, razum). Torej demenca pomeni upadanje duha/razuma (8).

Avtor Pirtošek (9) povzema, da je demenca sindrom, za katerega je značilen globalen upad kognitivnih funkcij, ki bolnika postopoma onemogoči za osnovne dnevne aktivnosti. Najbolj značilen in opazen je upad spominskih sposobnosti, slej ko prej pa so prizadete tudi druge višje duševne sposobnosti (pozornost, jezik, vidno-prostorska orientacija, izvršitvene sposobnosti), pa tudi motivacija, osebnost in razpoloženje.

Bistvo demence je oviranost pacientov pri njihovih vsakodnevni aktivnostih. Če je pacientu postavljena diagnoza demence, se morajo simptomi pojaviti šest mesecev prej, izključiti pa moramo motnje zavesti (8).

2.1.1 Klinična slika

Za demenco je značilen počasen začetek, potek pa se sčasoma slabša. Bolezni na začetku navadno ne opazimo. Zmanjšujejo se sposobnosti pomnjenja, prepoznavanja ljudi, krajev, predmetov. Pogosta težava pri pacientih z demenco je poleg osebnostnih sprememb tudi iskanje in raba pravih besed (10).

Blaga motnja pozornosti je običajno eden izmed prvih znakov demence. Pacient z demenco ima večinoma težave s spremljanjem pogovorov, ki se najbolj kažejo v večjih

skupinah. Pogosto se izogiba družbi; zanimanje za stvari, ki so ga pred kratkim veselile, upade; pogosta je čustvena otopelost in žalostno razpoloženje (2).

V začetnem obdobju je pogost pojav nerazumevanje težav pacientov, saj lahko v domačem okolju delujejo urejeno. Motnje se lahko začnejo kazati šele ob delu, ki traja dlje časa in ob katerem se utrudijo. Upada sposobnosti se ne zavedajo, spremembo pa opazijo svojci, ki so zaradi tega vznemirjeni in zaskrbljeni. Pacienti pa težavo prikrivajo oziroma jo zanikajo. Začetni znaki so lahko podobni nekaterim telesnim ali duševnim boleznim. Kažejo se kot nezanimanje za družabna srečanja, raje se družijo oziroma zadržujejo samo v krogu družine, ki jim daje občutek varnosti. Njihova osebnost se začne spreminjati. Lahko postanejo pretirano površni, natančni, resni in zadržani ali pa izgubljajo občutek za oblačenje, osebno nego in obnašanje. Ob izgubi svojcev običajno ne pokažejo žalovanja, postanejo pa lahko celo sumničavi. S spominom se pojavijo težave večinoma zgodaj. Pacient uspešno opiše življenjske zgodbe iz zgodnjega življenjskega obdobja, težava pa se pojavi pri opisu dogodkov, ki so se zgodili pred kratkim. Pogosto pozabijo imena in založijo posamezne predmete (11).

Besedišče se zoža, pojavijo se motnje pri branju in pisanju. Med pogovorom izpuščajo besede, imajo težavo z dojemanjem simbolnega izražanja, zaidejo iz teme pogovora. Pri pisanju menjujejo črke z neustreznimi ali pa jih izpuščajo, otežene so miselne predstave, računanje postane nepravilno ali onemogočeno. Vsakodnevna lahka opravila postanejo napor. Ko bolezen napreduje jim omeji samostojno urejanje finančnih zadev in samostojno mobilnost. Brez pomoči lahko obišejo le še na primer bližnjo trgovino. Zaradi težav v orientaciji hitro zatavajo, potrebujejo vedno več nadzora in spodbude pri dejavnostih, ki jih še z veseljem opravljajo (11).

Pacienti lahko postanejo čustveno labilni, značilno za posamezne faze bolezni je čustvena inkontinenca. Pacient se lahko hitro razburi, razjoče, prav tako se lahko hitro razveseli in umiri, kot da se ni nič zgodilo. Lahko pa pridejo v fazo, v kateri ne kažejo veselja niti žalosti. Čustvovanja ne kažejo z obrazno mimiko, ampak nezadovoljstvo povedo s posameznimi besedami ali telesnimi gibi, glasovi. Njihovega odziva morda ne razumemo, kažejo pa, da na omejen način še vedno zaznavajo občutek toplote, varnosti in negotovosti. Pomembno je, da se zavedamo, da pacient s hudimi spominskimi motnjami vedno znova živi v svetu prvih vtisov (11).

Na začetku bolezni je zaradi zavedanja pacienta o miselnem in čustvenem propadanju pogosto depresivno razpoloženje. Pacient se zapira vase in se izogiba stiku z zunanjo okolico (12).

Ko bolezen napreduje, spominske sposobnosti povsem odpovedo. Pride do nezmožnosti za prepoznavanje podatkov iz mlajšega življenjskega obdobja, lahko so v zmotnem prepričanju, da še vedno obiskujejo službo in podobno. Pacienti se počutijo kot tujci v svojem lastnem domu. Ne potrebujejo še pomoči pri hranjenju in osebni negi, pojavijo pa se težave pri oblačenju (11).

Ne glede na to, da imajo še dovolj telesne moči, da se samostojno gibajo, so odvisni od pomoči svojcev, saj potrebujejo stalen nadzor. Ta je potreben tudi v nočnih urah, pacienti so namreč pogosto nespečni. Za take paciente, je najprimernejše domače okolje, v katerem so preživeli večino življenja, vendar pa je zaradi varnosti in ustrezne nege pogosto potrebna namestitev v za to namenjene ustanove (11).

V končnem stadiju postanejo vse bolj neokretni, upočasnjeni, gibljejo se malo ali pa so povsem nepomični. Postanejo redkobesedni, govorijo upočasnjeno, ponavljajo lahko le še posamezne fraze. Pogovora ali pisnega besedila ne razumejo več, pojavijo se tudi težave, ki se kažejo kot inkontinenca vode in blata. Zaradi slabega apetita ali motenj požiranja začnejo izrazito hujšati. Oslabel je tudi občutek za hidracijo. Hranjenje je pogosto mogoče zagotoviti le s pomočjo želodčne sonde, lahko ostanejo celo vezani na posteljo, kar pa povzroči večjo dovzetnost za vnetja in druge bolezni, zaradi katerih lahko tudi umrejo (11).

V končnem stadiju demence spominske sposobnosti popolnoma odpovejo. Prizadet je tudi spomin iz zgodnjega življenjskega obdobja. Pacienti pogosto ne prepoznajo najbližjih sorodnikov, prisotne so blodnje (13).

Pri najhujših oblikah, demenca povzroči popolno uničenje zmožnosti delovanja možganov. Pacienti z demenco postajajo vedno bolj samotarski in imajo manjšo zmožnost nadziranja svojega vedenja. Pri njih so pogosti hrupni izbruhi, spremembe razpoloženja in blodnje (10).

Avtor Hülsen navaja naslednje začetne simptome demence (8) :

- motnje hotenja (Prisotne so motnje v stalnem vzorcu dnevnega ritma, pojavijo se težave pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti.),
- difuzni strahovi (Kažejo se s strahom, za katerega ni vzroka niti razloga. To je strah pred ničemer, katerega zdravljenje je težko.),
- nezainteresiranost (Vsak človek se ukvarja z določenimi dejavnostmi, ki jih z veseljem počne, ima torej določene hobije. Nezainteresiranost se kaže tako, da hobiji, ki so bili prej zelo priljubljeni, sedaj nimajo nobene vrednote.),
- motnje koncentracije (Vsakodnevno opravilo zahteva našo koncentracijo in odzivanje. So stvari, ki jih navidezno počnemo avtomatično, kot je na primer vožnja avtomobila. Pri učenju vožnje moramo razmišljati, po določenih prevoženih kilometrih pa ta aktivnost teče avtomatično. Motnje koncentracije se kažejo kot izguba funkcije pri stvareh, ki smo jih prej počeli avtomatično, sedaj pa moramo pri opravljanju te funkcije razmišljati.),
- občutek preobremenjenosti (Stvari, ki so bile prej samoumevne, sedaj predstavljajo veliko oviro.),
- depresivnost (Depresija nima vzroka in se kaže vsakodnevno.),
- apatija oz. popolna ravnodušnost (Pojavi se telesna zanemarjenost, ker se oseba ne preoblači in ne umiva; osebe z apatijo se ne odzivajo, nimajo lastne pobude.),
- hitra utrudljivost (To je individualen pojem. Vsak človek ima svojo lastno stopnjo. O tem simptomu govorimo, ko določena oseba ne more več dosehati svoje stopnje).

Poleg teh, pa avtorja Pregelj in Kobentar dodajata kot začetni simptom demence tudi motnje spanja, pri katerih so pogoste motnje ritma budnosti in spanja kot nespečnost. Pacienti z demenco so ponoči nespečni, podnevi pa veliko spijo, lahko pa tudi veliko spijo tako podnevi kot ponoči (14).

Bistveni simptomi napredovane demence, ki jih izpostavlja Hülsen so (8):

- motnje spomina (Značilno je, da človek pozablja stvari, ki so se zgodile pred kratkim, na primer: oseba pozabi po telefonskem pogovoru, s kom se je pogovarjala.),
- težave pri prepoznavanju in razumevanju (Kažejo se s problemom v komunikaciji. Človek ne dojame več smisla besede, zato se nanjo tudi ne odziva. Taka oseba ne more

zbrano brati časopisa ali se pogovarjati s prijatelji. Zamenjuje ljudi, tudi družinske člane. Nekatera opravila, ki jih je oseba prej opravljala z lahkoto, sedaj postanejo velik problem.),

- motena orientacija v času in prostoru (Za človeka je samoumevno, da je orientiran v času in prostoru. Pozna lokacijo, kjer se nahaja, datum in letni čas. Vendar tudi v normalnem stanju, na primer na dopustu, ko se zbudi, ne ve kje je ali pa pozabi kateri dan v tednu je. Pri ljudeh, ki imajo moteno orientacijo, se to dogaja vsak dan, ne vedo zakaj so tam, ali je dan ali noč, poletje ali jesen.),

- pomanjkanje motivacije za vodenje gospodinjstva (Kaže se kot nezmožnost vzdrževanja lastnega gospodinjstva, značilno je pomanjkanje motivacije ter odsotnost vedenja in načinov dela, na primer kaj storiti z pečico.),

- zanemarjanje telesne nege (Oseba pozabi, da se je umila, si očistila zobe, tudi pojmov osebne higiene ne razume več.),

- razdražljivost (Prizadeta oseba se ob korigiranju pogosto razdraži. V sebi zazna, da so dejanja in besede nezadovoljive, vendar pa si tega noče priznati. Možno je, da občasno opazi svoje primanjkljaje in se jih sramuje, zato lahko med popraviljem postane agresivna.),

- moteno socialno vedenje (Ljudje z napredovalno demenco se umaknejo vase, nekoč družbeni človek postane samotar, ni več zmožen vzajemnega dajanja in jemanja.),

- negotovost pri hoji (Pojavi se omotičnost, moten odnos do časa in prostora, dvom v končni cilj svoje poti.),

- nesamostojnost (Kaže se kot posledica prej naštetih dejavnikov. Zaradi ne vključevanja pacienta z demenco v aktivnosti, pacient postane popolnoma odvisen od drugih oziroma nesamostojen.).

Pregelj dodaja še tri simptome napredovane demence (14):

- blodnjavost (Pojavi se pri manj kot polovici pacientov z demenco. Pojavijo se preganjalne in nanašalne blodnje. Najpogosteje se začnejo kazati v srednjem stadiju.),

- halucinacije (Se pojavijo redkeje kot blodnje, kažejo se kot prividi, kot neprepoznavnost svojcev, pojavijo se tudi prisluhi.),

- tavanje (Je ena izmed najbolj motečih vedenjskih sprememb, pacienti z demenco tavajo, ker iščejo svojce ali ker se odpravijo v službo. Tavanje je lahko brezciljno ali pa želijo kaj

postoriti, vendar neuspešno. Kadar je to vedenje zelo izrazito, pacient z demenco potrebuje stalen nadzor.).

Demenca pri pacientu prizadene kognitivne in izvršne sposobnosti, ter spreminja celotno osebnost in vedenje. Spremembe, ki nastanejo pri pacientu z demenco, so odvisne od vrste demence, stopnje napredovanosti ter premorbidne osebne strukture. Bistvenega pomena za pacienta in njegovo okolico je zgodnje odkrivanje oziroma pozornost na prve znanilce demence. Pomembno je, da znamo razlikovati spremembe med depresivnostjo in spremembe v zgodnji demenci (15).

Med najbolj preučevane sposobnosti spada spominski sistem. Pride do njegove prizadetosti, ki temelji na značilnostih demence, vendar pa je potrebno razlikovati glede na stanja. Na primer, za amnestično motnjo je značilno, da se demenca pojavi v kombinaciji z deficitom na drugih kognitivnih funkcijah kot so: govor, prostorske sposobnosti, reševanje problemov, pojmotvornost. Sčasoma se upad še stopnjuje, saj večina demenc ni reverzibilnih. Stopnja demence vpliva na kognitivni deficit. Privede do sprememb v vsakodnevni aktivnosti, vedenja, razpoloženja, izrazitost simptomov pa je odvisna od stopnje demence (15).

2.1.2 Stadiji demence

Po Naomi Feil demenco razdelimo na štiri stadije. Razdelitev na stadije nam je v pomoč pri razvrščanju ljudi z demenco, vendar pa neglede na to, v kateri stadij trenutno uvrstimo pacienta, je lahko le ta zvečer že drugačen. Prehajanja so še posebej opazna med stadijem I in II, lahko tudi med II in III, ni pa znano, da bi lahko kdo iz IV stadija prišel v stadij II (8).

Ta bolezen napreduje neopazno, kajti nihče ne ostane dezorientiran preko noči. To opazimo šele takrat, ko je oseba v II ali III stadiju (8).

Stadij I:

Osebam v stadiju I sta pomembna razum in racionalno mišljenje, občutke tajijo, ne marajo dotikov in direktnega pogleda. Če zamenjujejo osebe, se počutijo osramočene. Imajo jasen pogled v usmerjen cilj, vendar pa stika z očmi ne vzdržijo dolgo. Imajo togo formalno držo. Gibanje v prostoru je precizno in usmerjeno. Mišice obraza in telesa so pogosto napete, prsti in roke pa pogosto gestikulirajo. Pogosto imajo nekaj v rokah, pri govoru uporabljajo pravilne besede (8).

Stadij II:

Za paciente z demenco v tem stadiju ni pomembno ali vedo, ali je dan ali je noč in ali je torek ali sobota, vendar pa ob določenih urah občutijo določen nemir, ker so nekoč ob tem času morali nekaj postoriti. Mišice so sproščene, ramena pogosto upognjena naprej. Ljudje v tem stadiju pogosto tavajo naokrog brez cilja, gibi so počasni. Oči niso usmerjene k cilju, cilj ni znan. Govor je počasen, glas pogosto tih. Nekatere osebe v II stadiju so inkontinentne. Občasno svojcev ne prepoznajo, pozabljajo imena, zelo redko še lahko sodelujejo pri igrah, ki imajo določena pravila, odzivajo se na stik z očmi in na dotik (8).

Stadij III:

Stavki niso več razumljivi, ponavljajo določene zvoke, vpijejo in pojejo. Ponavljajo določene gibe, trkajo ter podobno. Še se odzivajo na dotik, ampak le sočasno s pogledom. Oči so deloma zaprte, ne zmorejo več pisati in brati, redko še govorijo v stavkih, le redko pa lahko iz njihovih besed kaj razberemo. Ker izgubijo občutek zase, znane aktivnosti le še

s težavo realizirajo, ne zmorejo več razmišljati o sebi in svojih dejanjih. Občutki so popolnoma nekontrolirani, kažejo se tako, da jokajo ali se smejiijo brez zavedanja (8).

Stadij IV:

Pogovor mora biti miren in s skrbnim glasom, pomembno je, da morajo biti na voljo ves čas ponudbe, ki se redno izvajajo v obliki rituala, vendar pa se te ponudbe ne smejo izvajati dlje časa. V tem stadiju se pacient z demenco popolnoma umakne vase, ne prepozna več znanih obrazov svojcev, niti oseb, ki so vsak dan ob njem. Oči so zaprte, telo je negibno, dihanje plitko. Ne govorijo, premikanje je zelo redko, izražanja lastnih občutkov ni več (8).

2.1.3 Oblike demence

Poznamo različne oblike demence. Ena izmed njih so degenerativne oblike kamor spadajo Alzheimerjeva, Pickova, Parkinsonova bolezen, Huntigtonova horea, Spinocerebelarna degeneracija in sindrom frontalnega režnja. Poznamo tudi vaskularne oblike demence, mešane in sekundarne oblike.

Degenerativne oblike:

- Alzheimerjeva bolezen je najbolj pogost povzročitelj demence, saj predstavlja 65 % vseh degenerativnih demenc. Odkril jo je nemški nevrolog Alois Alzheimer, ta je leta 1906 pri avtopsiji naredil preiskavo možganov pri 51-letni ženski. Pri preiskavi je opazil očitne spremembe na živčnih vlaknih, kot tudi nenavadno snov v možganski skorji. S temi opažanji je prišel do spoznanja, da je to jasno prepoznavni bolezenski proces. Odkril je starostno pogojene plake, nevrofibrilne vozličke, ki so značilnost te bolezni (11).

Za Alzheimerjevo demenco so najpogostejši dejavniki tveganja starost in bolezen v družini, dedni dejavniki, poškodbe glave, Parkinsonova bolezen ter Downov sindrom. Za to obliko demence je značilen postopen upad intelektualnih sposobnosti, stalno slabšanje spomina in težje razumevanje govora, motnje pozornosti in mišljenja. Ko se bolezen razvije pri pacientih z Alzheimerjevo demenco pride do težav z opravljanjem

vsakodnevnih aktivnosti, nastopijo vedenjske in psihične spremembe ter izguba orientacije (16).

-Pickova bolezen: Ta povzroča zmanjšanje in krčenje čelnega in temporalnega režnja. Ta bolezen se začne okrog 40. leta starosti, je pa enkrat pogostejša pri moških kot pri ženskah. Motnje se kažejo s simptomi kot so: hitra utrujenost, motnje v miselnih procesih; v stopnjevanju bolezni se kažejo z odsotnostjo etičnih zavor, motnje spomina; možne pa so tudi motnje govora ter afazija (11).

- Parkinsonova bolezen: Vpliva na nadzor gibalnega sistema. Najpogostejši simptomi so: oteženo začenjanje gibov, togost, mišična rigidnost, tresenje rok v mirovanju, odsotnost premikanja rok pri hoji ter nestabilnost pri hoji in stoji. 40 odstotkov pacientov ima moteno senzibilnost, ki se kaže v občutku gluhosti, mravljinčenja, seboreja kože obraza. V nadaljevanju se lahko razvije depresija in upad umskih sposobnosti. Bolezen poteka v zagonih in fazah. V prvi fazi so večinoma prizadete roke in trup, v naslednji fazi del telesa in noge, v tretji fazi pa vrat in obraz. To bolezen zdravimo z zdravili ter fizioterapijo. Prizadene približno 1 % ljudi, starih nad 60 let, ter 3 % ljudi nad 80 let. Z zdravili lahko tej bolezni omejujemo simptome, ne moremo pa je pozdraviti (8).

- Huntingtonova horea: imenujemo jo tudi vidovica. Kaže se s simptomi kot so nenadni, nehotni in asimetrični gibi. Uvrščamo jo v avtosomsko dominantno dedno bolezen, ki se pojavi med 30. in 50. letom starosti. Bolezenski potek je progresiven (8).

- Spinocerebelarna degeneracija: Prizadene centralni živčni sistem, to bolezen redko diagnosticiramo (8).

- Sindrom frontalnega režnja: je kombinacija ALS z demenco in parkinsonizmom. Simptomi so podobni kot pri drugih demencah (8).

Vaskularne demence

Pogosto jih imenujemo tudi multiinfarktne demence, te so pogostejše pri moških nad 70. let. So posledica sprememb na malih subkortikalnih žilah. Vzrok poslabšanja intelektualnih sposobnosti in nevroloških izpadov je vsaka nova sprememba. Med te demence uvrščamo (8):

- mikrogangiopatija ali binswangerjeva bolezen (Odkril jo je Otto Binswanger. Je kronična progredientna subkortikalna encefalopatija. Vzrok za to bolezen je arterioskleroza možganskih žil, simptomi pa so motnje spomina in zavesti, presenilna demenca, in čustvena labilnost.),
- levkoencefalopatija (To je patološka sprememba možganovine, ki se pojavi pri pacientih z motnjami imunskega sistema ter pri pacientih z malignim tumorjem.),
- uniinfarktna demenca,
- krvavitve,
- vaskulitisi.

Mešane demence

So pogoste v pozni starosti. Kažejo se kot mešane oblike vaskularne in degenerativne bolezni, prizadenejo 15 % pacientov z demenco (8).

Sekundarne oblike demence

So posledica bolezni, kot je na primer endokrina motnja, presnovna motnja, kardiovaskularna bolezen, kronično obolenje pljuč, intoksikacije oziroma zlorabe alkohola, zdravil, avitaminoze in metabolne motnje, depresija, hipovitaminoze ter druge. S pravočasnim zdravljenjem osnovne bolezni začasno zaustavimo upad kognitivnih sposobnosti, teh demenc je približno 15 % (8).

Pri obolelih osebah se kažejo motnje orientacije, v pogovoru ne najdejo ustreznih besed, zamenjajo dan z nočjo in občasno ne prepoznajo svojih bližnjih. Če pravočasno začnemo zdraviti vzrok, torej somatsko bolezen, lahko izgine tudi vedenje, iz katerega sklepamo, da gre za demenco (8).

Razlog za psevdodemenco je dehidracija telesa pri majhnem dovajanju tekočin. Tu se pokažejo simptomi demence, ki pa po nekaj dnevih zadostnega hidriranja izginejo. Da ne spregledamo reverzibilne demence je zelo pomembna zgodnja in diferencialna diagnostika (8).

2.1.4 Vpliv demence na družino, partnerja in prijatelje prizadete osebe

Ob različnih boleznih, kot je na primer rak, se življenje v družini spremeni od danes na jutri. Družina in okolica takšno bolezen sprejmejo in se trudijo pacientu z demenco pomagati. Raziskujejo možne rešitve in izmenjujejo izkušnje. Ko pa se v družini pojavi psihično obolenje, kot je na primer demenca, ostane družina oziroma okolica brez besed. Takšno zdravljenje je dolgotrajno, izboljšanje pa lahko napreduje počasi ali pa sploh ne. Pojavijo se spremembe, ki izginejo in se zopet pojavijo, in jih zopet ni. Tega sprva ne opazimo, dokler se ne začnejo kazati pogosteje (8).

Na začetku je demenca pogosto neopazna. Za starejšega človeka je normalno, da je občasno pozabljiv. Če je to pogostejše, pripisujemo pozabljivost posledicam različnih zdravil. Ko postane ta pozabljivost vsakdanje moteča, začnejo nastajati konflikti, nesporazumi in trenja v odnosih (8).

2.1.5 Zdravstvena nega pacienta z demenco

Motnje pri samooskrbi postanejo vidne bližnjim osebam, le redko pa pacientom samim, saj pride do motnje njihove realne percepcije potreb, kritične presoje situacij ter opustitve in izvedbe dejanj.

Najpomembnejši del skrbi za starostnika z demenco je njegova aktivacija. Cilj zdravstvene nege je, da čim dlje ohranjamo njegovo samostojnost, pri tem pa je potrebna spodbuda in pomoč medicinske sestre. Za pacienta je izjemno pomembno, da čim več poskuša storiti

sam, pa čeprav je pri tem bolj počasen, nenatančen. Spodbujamo ga v vključevanje različnih oblik aktivacije kot so sprehodi, družabne igre, socioterapevtske skupine (17).

Najpogosteje se pri starostnikih z demenco pojavljajo težave na področju dihanja, izločanja in odvajanja, vzdrževanja normalne telesne temperature, prehranjevanja in pitja, gibanja, spanja, osebne higiene, izogibanja nevarnostim v okolju, odnosih z ljudmi, svojci ter pri učenju.

Dihanje in krvni obtok

Vzdrževanje normalne vrednosti dihanja in srčna funkcija pri pacientih z demenco je povezana z uporabo predpisane terapije in pripomočkov zaradi drugih bolezni. Večtirno jemanje različnih zdravil lahko povzroči pri pacientu spremembe vitalnih funkcij. Pojavi se lahko bradipnea, tahipnea ali dispnea, lahko pride tudi do apnee. Posebno moramo biti pozorni na kvaliteto, ritem ter na vdih in izdih. Ne smemo pa zanemarjati drugih vitalnih znakov kot so krvni tlak, srčni utrip, temperatura telesa in raven kisika v krvi (14).

Izločanje in odvajanje

Je pogosto povezano z inkontinenco in izgubo občutka za odvajanje na pravem kraju, nezmožnostjo zadrževanja urina in oslabeledostjo mišic medeničnega dna. Starostnik z demenco lahko odvaža na nepravem kraju, saj pogosto ne ve čemu stranišče služi. Temu je pridružena tudi nesposobnost oz. neznanje starostnika kako obleko sleči. Inkontinenca urina in obstipacija blata sta pri starostnikih z demenco najpogostejši motnji. Pripomočki, kot so vložki in plenice, lahko dementnega starostnika motijo, zato jih pogosto odstrani, posledica tega pa je, da z blatom lahko umaže sebe in svojo okolico. Pri takih starostnikih je zelo težko kontrolirati odvajanje in izločanje (18).

Pri pacientih, ki še zadržujejo urin in blato, vendar ne čutijo potrebe po izločanju in odvajanju, najbolj pomaga toaleten trening. Pacienta se v določenih urah pravočasno opomni, glede na dnevni ritem izločanja, da mora odvajati, se ga pospremi na stranišče in se ga posede na toaletno školjko. Pacient lahko potrebo po odvajanju izraža z napenjanjem, stokanjem, nemirom. Motnje pri odvajanju lahko povzročajo odvajala ali druge bolezni kot so bolezni ledvic, srca in sladkorna bolezen. Pri izločkih je potrebno opazovati barvo, vonj, gostoto, količino primesi in sediment ter retenco in oligourijo. Pri blatu moramo

nadzorovati tudi zaprtje in diarejo, konsistenco ter prisotnost primesi kot so sluz, neprebavljena hrana in kri. Če so vključene še druge bolezni, se lahko poleg motenj odvajanja pojavijo še napetost in bolečina v trebuhu, bruhanje, nemir, spremenjeni vitalni znaki (14).

Vzdrževanje normalne telesne temperature

Pri pacientu z demenco je motena sposobnost ohranjanja normalne telesne temperature, saj izgubi občutek za oblačenje in za izogibanje temperaturnim razlikam. Izgubijo pa tudi občutek varovanja pred okužbami. Vsakodnevno merjenje telesne temperature omogoča nadzorovanje ter pravočasno ukrepanje v primeru kakršnekoli spremembe (14).

Prehranjevanje in pitje

Težave s prehranjevanjem in pitjem so pri starostnikih z demenco zelo pogoste in se izražajo z odklanjanjem ali prekomernim uživanjem hrane. Ključnega pomena je odkrivanje vzrokov spodaj naštetih motenj (19):

- slab apetit,
- slabo zobovje,
- navzea (siljenje na bruhanje),
- zaprtje,
- starostnikovo doživljanje bolezni (motnje spomina, napačna interpretacija dogodkov).

Z zdravstveno nego moramo zagotoviti vnos hrane in tekočine v organizem glede na biološke in energetske potrebe starostnika. Dnevni obroki morajo vsebovati raznoliko hrano, predvsem pa moramo paziti na zadostno količino. Pozorni moramo biti tudi na dieto, ki jo ima pacient morebiti predpisano zaradi kakšne druge bolezni (14).

Pri hrani moramo paziti, da je primerne temperature in konsistence. Pri pacientu z demenco pride tudi do stanja, da je hranjenje »per os« neizvedljivo, takrat pacienta hranimo preko hranilnih stom kot so gastrostoma in jejunostoma, nazogastrične sonde ali prek intravenoznih hranilnih pripravkov. Prehranjenost pacienta z demenco se nadzira s tehtanjem, opazovanjem znakov hujšanja, dehidracije, nastankov razjed zaradi pritiska, zmanjšano količino izločenega urina, zaprtostjo in drugimi motnjami (14).

Na hranjenje pacientov z demenco moramo biti izjemno pozorni tudi zato, ker imajo oslabele fiziološke reflekse za požiranje hrane in hrane niso sposobni prežvečiti dobro, zato pri hranjenju lahko pride do veliko zapletov, kateri so lahko tudi smrtni (17).

Pri prehranjevanju starostnikov z demenco moramo biti zelo potrpežljivi, predvsem kadar hrano odklanjajo. Pomembno je, da izvajamo ustrezno predpisano terapijo. Zdravila vedno prejme ob obroku, če ni drugače predpisano in pri tem starostnika nadziramo, da je terapijo zaužil. Če terapijo odklanja, uporabimo različne metode kot so uporaba sirupov, drobljenje tablet (19).

Gibanje in ustrezna lega

Pri napredovani stopnji demence težave z gibanjem postajajo vse bolj izražene in se kažejo s spremembami kot so negotovi majhni koraki, drsajoča hoja, hoja po prstih, slaba koordinacija gibalnega aparata, spotikanje, težave pri vstajanju in posedanju ter spreminjanjem položaja v postelji (18).

Vse te spremembe v zvezi z gibanjem se obravnava pri fiziatru ali ortopedu ter z upoštevanjem navodil glede gibanja in uporabe ortopedskih pripomočkov. Pri izvajanju varnih gibalnih vzorcev je pomembno ohranjanje telesno-gibalne aktivnosti z vadbo, obravnavanje gibalnih aktivnosti z uporabo pripomočkov, ograj, zapornic na stopnišču, odstranitev fizičnih ovir, postavitve sedeža in postelje na primerno višino. Nepokretni pacienti morajo biti prav tako deležni spodbude pri izvajanju gibalnih vaj oziroma pasivnega razgibavanja. V primeru, da je pacient negiben, je potrebna menjava položaja na dve uri (14).

Spanje in počitek

Pri pacientih z demenco sta motena spanje in počitek, ki sta lahko občasna, dolgotrajna ali pogosta. Ti pacienti spijo le kratek čas, se pogosto zbujajo, s težavo zaspijo ali zaspijo šele proti jutru. Zato upoštevamo navade, ki jih je imel pacient doma, kot je na primer gledanje televizije ter prebiranje časopisa, umivanje, poslušanje glasbe, zaužitje toplega napitka pred spanjem. Pri teh pacientih se včasih zviša občutek za zunanje dejavnike, kot so hrup, svetloba, govor, hoja. Ker se z leti potreba po spanju zmanjšuje, za te paciente zadostuje že 5-6 ur spanja. Pacient lahko med spanjem joka, stoka ali kriči, lahko pa tudi kako drugače

izraža svoja čustva oziroma doživljanje med spanjem. Čas odhoda k počitku oziroma spanju se pri vsakemu pacientu z demenco načrtuje individualno. Priporočljivo je, da gre pacient vsak večer spat ob približno isti uri (17).

Izogibanje nevarnostim v okolju

V napredovanem stadiju je izogibanje nevarnostim v okolju bolj izraženo in je pri pacientih prisotno v prikrajšanosti na področju fizične, psihične, socialne in ekonomske integritete. Zaradi bolezni pacient izgubi občutek za lastno varnost, varnost drugih, varnost materialnih dobrin, zato moramo biti pazljivi na te dogodke, saj so prvi opozorilni znak in zahtevajo takojšnje ukrepanje. Takšen pacient ima potrebo po človeški bližini in neposrednem stiku, potrebuje pa tudi varovanje pred padci, poškodbami, pobegi, samomorom in zastrupitvijo. Skupaj s pacientom ga je potrebno obvarovati pred izkoriščanjem, trpinčenjem, preprečiti je potrebno možne zlorabe, poskrbeti je potrebno za denar, položnice in domače ljubljence. Prijatelji, znanci in svojci nudijo psihično varnost, ki ohranja občutek priljubljenosti, spoštovanja in pripadnosti (14).

Osebna higiena in urejenost

Zmanjšana natančnost, opuščanje navad povezanih s čistočo, zmanjšan občutek za estetski videz so pogosti znaki pešanja sposobnosti že v začetnem stadiju demence. S sistematičnim in natančnim spremljanjem in vodenjem starostnikov z demenco, lahko še dolgo ohranjamo njihove aktivnosti. Stalno jih opozarjamo in opominjamo na to, kaj zmorejo opraviti. Starostniki z demenco naj vsakodnevne aktivnosti opravljajo vsak dan ob približno istem času in enakem vrstnem redu. Pri napredovalni demenci starostnik ni več sposoben samooskrbe in potrebuje stalen nadzor in spremljanje s strani zdravstvenonegovalnega osebja, svojcev itd. (19).

Pri pacientih z demenco je značilno, da prihaja do napačne uporabe oblačil, pomanjkljivega oblačenja, nepravilnega reda oblačenja, prekomernega oblačenja, zamenjave leve in desne strani obutve, pogostega slačenja ter skrivanja in izgube obleke. Pacientu obzirno razložimo pomen oblačenja, ga spodbujamo k samostojnosti pri izvajanju. Dnevna in nočna oblačila primerno ločimo, v primeru, da je pacient inkontinenten, svetujemo uporabo trenirke oziroma prilagojenega perila. Oblačila naj bodo primerne velikosti, enostavnih krojev iz kakovostnih naravnih materialov (14).

Odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb

Odnosi se spremenijo zaradi sprememb v razumevanju, mišljenju, izražanju in so posledica bolezenskega procesa. Pojavi se občasno projeciranje lastnih težav v okolico, kar pa okolica razume kot neupravičen napad in začne obsojati, zato se oddaljijo od pacienta ravno v času, ko jih najbolj potrebuje. Ko se razkrijejo bolezenske motnje oziroma se postavi diagnoza, dobijo svojci občutek krivde in so za pacienta pripravljeni storiti vse, tudi z odvzemom najosnovnejših pravic v samostojnosti. V komunikaciji se kažejo motnje med pogovorom, opisovanjem predmetov, situacij in doživetij. Govorica postane nerazumljiva, pacient ne zmore uporabljati pravih besed v povedi, izgovarja popačene povedi, govorica nazaduje dokler ne pride do popolne afazije. Pacient ne glede na to, da izgubi govorico, obdrži občutke za dotik, bližino, občutek za prijetno, neprijetno, boleče in se na te odzive odziva s telesnimi znaki vse do konca življenja (14).

Zelo pomembno je vzpostavljanje očesnega stika na primerni distanci, uporaba razumljivih jezikovnih izrazov ter uporabo njihovega maternega jezika. Govor mora biti počasen, s kratkimi jasnimi stavki ter ne preveč informacij v enem sklopu. Zelo pomembno je, da so izključeni vsi moteči dejavniki, ki lahko vplivajo na komunikacijo. Od sogovornika s pacientom z demenco se zahteva določena mera strpnosti in uporaba posebnih intervencij na neverbalni in verbalni ravni (14).

Stik s svojci

Pomembno je, da svojci ohranijo stike s pacientom in mu pomagajo pri negi tudi v času hospitalizacije. Potrebni so redni stiki svojcev z medicinsko sestro. Medicinska sestra svojce spodbuja in jim nudi pomoč. Do pacientovega odhoda iz bolnišnice je potrebno vzdrževati njegove stike z okolico izven bolnišnice (17).

Koristno delo, razvedrilo in rekreacija

To so pomembni elementi za ohranjanje samozaupanja, spoštovanja in samozavesti. Prostočasne aktivnosti naj temeljijo na psihosocialnih metodah obravnave, ki vključujejo ukvarjanje z domačimi ljubljenci, ročnimi deli, petjem, hkrati pa naj vključujejo tudi osnovne življenjske aktivnosti. Zdravstvena nega v svojem pristopu do oseb z demenco

vključuje naslednje elemente: ustvarjanje, podpiranje, priznavanje in prepoznavanje potreb ter želja, sodelovanje, igro, sprostitev (14).

Učenje in pridobivanje znanja

Je omejeno na obnavljanje nekoč že osvojenih vsebin. Pri tem se ohranja ustrezne vzorce za spoprijemanje s problemi pri vsakodnevni življenjskih aktivnostih. Zdravstveno vzgojno delo naj sloni na zaupnem terapevtskem odnosu, učenjem socialnih spretnosti, jemanju predpisane terapije, lažšanju težav. Pomembno je tudi neprestano izobraževanje svojcev ter ključnih oseb o posebnostih osebe z demenco (14).

2.2 Komunikacija

Temelj opredeljevanja komunikacije je medsebojna izmenjava sporočil. Komunikacija se odvija na številnih nivojih: dialog med dvema osebama, globalne interakcije med skupinami ali institucijami. Te ravni za družbo predstavljajo družbeni kontekst vedenja, delovanja in doživljanja udeležencev procesa komunikacije. Komunikacijsko delovanje razdelimo na štiri ravni: medosebno komuniciranje, organizacijsko komuniciranje, skupinsko in množično komuniciranje (3).

Avtorja Richard West in Lynn Turner ločita sedem komunikacijskih ravni (3):

- znotrajosebno komuniciranje,
- skupinsko komuniciranje,
- množično komuniciranje,
- medosebno komuniciranje,
- komuniciranje v institucijah,
- medkulturno komuniciranje,
- javno/retorično komuniciranje.

Znotrajosebno komuniciranje vključuje tako psihološke kot fiziološke procese predelave sporočil osebe, ki oddaja ali pa sprejema sporočila ali pa je to notranji dialog s samim seboj (razmišljanje, sanjarjenje, domišljanje, fantaziranje). V tej ravni komuniciranja je zelo težko zaznati napačne interpretacije svojih sporočil (20).

Za medosebno komuniciranje je značilna prisotnost ekspresivnih dejanj pri eni ali več osebah, s strani drugih oseb nezavedna zaznava teh dejanj in povratno opazovanje, da tako dejanje zaznavajo drugi. Iz te ravni komuniciranja izvajajo druge oblike komuniciranja (20).

Skupinsko komuniciranje je oblika komuniciranja, ki je v našem vsakdanu običajna. Uporablja se za usklajevanje dejavnosti in za izmenjavo mnenj v skupini (skupinska srečanja in pogovori med znanci in prijatelji) (20).

Najpomembnejša razlika med skupinskim in medosebnim komuniciranjem je povratna zveza. Pri medosebnem komuniciranju si udeleženci ves čas izmenjujejo informacije v obe smeri, medtem ko je pri skupinskemu komuniciranju potek sporočil enosmeren (21).

Komuniciranje v institucijah vključuje medosebno komuniciranje in komuniciranje v manjših skupinah. Vloga te ravni komuniciranja je ohranjanje delitve moči institucij (20).

Komuniciranje v javnosti ima izobraževalne, prepričevalne in ideološke cilje. Za komuniciranje v javnosti je značilna neenakomerna porazdelitev moči in kompetenc komunikacije (3).

Množično komuniciranje vključuje medije in njihovo posredovano komuniciranje. Sestavljeno je iz sporočila oziroma informacije, ki je prek nekega medija poslana večji množici (bralci, poslušalci, gledalci) (3).

Medkulturno komuniciranje vključuje procese komuniciranja med različnimi kulturnimi, etničnimi, nacionalnimi, religioznimi in subkulturnimi skupinami (3).

2.2.1 Neverbalna komunikacija

Pri neposredni komunikaciji so posamezniku na voljo tudi avdio in vizualni viri, ki so potrebni za socialno komuniciranje. Zajemajo znake neverbalnega komuniciranja: drža telesa, obrazna mimika, kretnje z rokami, obrazni gibi in postavitve predmetov v okolju. Iz le enega neverbalnega znaka je težko ugotoviti, kaj posameznik želi sporočiti, zato je pomembno, da opazujemo več neverbalnih znakov (22).

Torej, neverbalna komunikacija je vsako sporazumevanje, v katerem ni vključenih besed in simbolov, ki bi lahko nadomeščali besede (23).

Nebesedne komunikacije se ne moramo vedno zavedati. Sporočila, ki jih pošiljamo v okolico z neverbalnimi znaki, so bolj spontana in so resničen odsev tega, kar mislimo, ko smo v interakciji z drugo osebo (24).

Z nebesednimi, fizičnimi sporočili velikokrat o sebi razkrijemo stvari, ki bi jih radi prikrili. Kljub prepričevanju samega sebe in drugih o tem, da poslušamo, se strinjamo, naše telo razkriva drugačno zgodbo. Če sogovornika ne gledamo v oči in s tem v njegovih očeh ne iščemo dodatnih pojasnil in odgovorov, ne moremo vzpostaviti pravega stika z njim in s tem kažemo nezanimanje. Znaki nezanimanja pa so tudi odsotnost ali umikanje pogleda, presedanje, zehanje, prekinjanje sogovornika. Z verbalno komunikacijo lahko kažemo zanimanje, vendar pa nas telesna govorica izdaja (24).

Cilj neverbalne komunikacije je, da dosežemo enako razumevanje sporočila, tako s strani pošiljatelja kot s strani prejemnika, pri tem pa lahko pride do nesporazumov. Poznamo različne faktorje, ki vplivajo na proces izmenjavanja neverbalnih sporočil. Ti faktorji so: ali je pošiljatelj sporočilo nameraval poslati, ali je prejemnik pravilno razumel sporočilo, ali je prejemnik na sporočilo pozoren. Različne kombinacije teh faktorjev lahko sestavljajo različne situacije:

Preglednica 1: Izidi pri izmenjavi sporočil (22)

	Sporočilo ni bilo prejeto	Sporočilo je bilo sprejeto nepravilno	Sporočilo je bilo sprejeto pravilno
Sporočilo je bilo poslano namerno	Namerna komunikacija.	Napaka v komunikaciji.	Uspešna komunikacija.
Sporočilo je bilo poslano nenamerno	Nenamerno vedenje.	Nepravilna interpretacija.	Naključna komunikacija.

Avtorja Richard Dimbleby in Graem Burton pravita, da neverbalno komunikacijo lahko razdelimo na tri oblike (23):

- paralingvistična komunikacija (ritem, hitrost in način govora, zvoki, šumi in vzkliki kot so npr. smeh),
- govorica telesa (izraz obraza, pogled, gibi, kretnje z rokami, telesna drža, telesni prostor, bližina ter dotik),
- neverbalna komunikacija (izraz sporočila z oblačenjem, ličenjem, pričesko, nakitom).

Govorica telesa

Govorica telesa obsega vsako zavedno ali nezavedno gibanje kateregakoli dela ali celotnega telesa. Na tak način telo okolici sporoča svoje čustveno stanje (25).

Pri opazovanju ljudi med verbalno komunikacijo pogosto opazimo nasmeh, premikanje obrvi, kretnje z rokami, gibanje trupa in druge telesne izraze, katerim ne namenjam posebnosti. Ti izrazi se povezujejo v celoto, ki podaja veliko informacij o človeškem telesu (26).

Skozi telesno govorico se kaže duhovna izkušnja in naravnost posameznika. Iz nje lahko razberemo koncentriranost, samozaupanje, intenzivno razmišljanje. Telesna govorica je veliko bolj zaznavna kot verbalna govorica, vendar je ni mogoče vedno zaznati, saj pogosto od prejemnika prihaja v povezavi z govornimi signali. Del govorice telesa se lahko naučimo, potrebno pa je tudi njeno predvidevanje. Govorica telesa je manj odvisna od situacije v primerjavi z besedno govorico, je manj nadzorovana in ima večji pomen. V povezovanju s simbolno govorico jo pogosto uporabljamo tudi v zdravstveni negi starostnika z demenco. Starostniku preko nje dajemo signale in obratno (27).

2.2.2 Terapevtska komunikacija

Zelo pomembno delo medicinske sestre je zadovoljevanje pacientovih potreb. Pri tem si pomagamo s terapevtsko komunikacijo. Ta se prične takoj, ko pacient vstopi v zdravstveno oskrbo (28).

Terapevtska komunikacija je pomembna, ker z njeno pomočjo zagotavljamo potrebne informacije, je nosilec terapevtskega odnosa, z njeno pomočjo si medicinska sestra in pacient izmenjata njune občutke in misli. Preko terapevtske komunikacije lahko medicinska sestra vpliva na pacientovo vedenje. Lahko pospeši razvijanje odnosa, lahko pa ga tudi zaustavi (14).

V nasprotju z običajno komunikacijo, pri kateri ima medicinska sestra cilj zadovoljiti potrebe sodelujočih, ima pri terapevtski komunikaciji poglavitni cilj zadovoljitev potreb

pacienta. Medicinska sestra mora poleg znanja in teorije zdravstvene nege poznati samo sebe, kar vodi do uspešnih interakcij z drugimi. Uporablja različne tehnike terapevtske komunikacije, glede na pacientovo stanje, njegove potrebe in zaupanje (29).

Značilnosti terapevtske komunikacije:

- **zaupanje** (Medicinska sestra si pridobi pacientovo zaupanje, ga posluša in sprejema njegove občutke. Pomembno je da so naša sporočila jasna, da smo dosledni in spoštljivi.),
- **sprejemanje** (Medicinska sestra pacienta sprejema takega kot je, sprejema njegovo osebnost. Svojo pozornost usmerja na pacientove pozitivne lastnosti, velikokrat ga pohvali.),
- **empatija** (Razumevanje pacienta samega in njegovih občutkov.),
- **spoštovanje** (Medicinska sestra izkazuje svoje spoštovanje do pacienta z majhnimi dejanji, saj mu tako izkazuje pozornost, kar poudari pacientovo vrednost in dostojanstvo.),
- **samorazkrivanje** (Pacienta čim bolje spoznamo. Pogosto nam zaupa svoja intimna doživljanja. Samorazkrivanje medicinske sestre ni primerno, saj s tem ščiti sebe in pacienta ne obremenjuje s svojimi težavami.),
- **zaupnost** (Medicinska sestra varuje pacientove podatke, kateri so strogo zaupni. Informacije o pacientu si izmenjuje le znotraj zdravstveno- negovalnega tima) (14).

2.3 Komunikacija s starostniki z demenco

V starosti začnejo upadati fizične in psihične sposobnosti ter čutne zaznave, prav tako pa se pojavijo tudi spremembe na intelektualnem področju. Te spremembe so pri starostnikih različno izrazite. Vpliv na našete spremembe imajo poleg biološke starosti tudi npr. čas upokojitve in izguba položaja in vloge, ki jo je posameznik imel v času, ko je bil še zaposlen. Za to obdobje je pogosto značilna tudi zmanjšana aktivnost, ekonomske težave in različna obolenja (30).

Duševni procesi pri starostniku so upočasneni, zato prihaja do varčevanja energije. Pri spominskih motnjah, kjer ni zapomnitve, besedni zaklad, prepoznavanje in dojetje simbolov sporočanja ostanejo pogosto še dalj časa ohranjena. Potrebno je prepoznavanje težav s čutili in njihovo zdravljenje, kadar so motene zaznavne in miselne enote, je potrebno iskanje drugih metod povezovanja in sprejemanja (4).

Mnogi obravnavajo starejše ljudi kot otroke, vendar pa je starostnik odrasla oseba, ki ima svoje dostojanstvo, značilnosti ter ime in priimek, s katerim ga tudi naslavljamo (30).

Komunikacija s starostniki je predpogoj za uspešno delo medicinske sestre z njimi in je potreba, preko katere se starostnik integrira v socialnem življenju in znotraj te rešuje svojo negotovost (kdo sem, kaj sem, čigav sem...) (4).

Komunikacijo prilagajamo osebam, s katerimi komuniciramo, posebnostim posameznika in spremembam, ki so nastale tekom njegovega življenja. Starostnike pogosto spodbujamo, da ugotovimo kakšne so njegovo počutje, potrebe in želje (30).

Prepoznavanje problemov, ki se pojavljajo v komunikaciji, medicinski sestri olajša delo in vsakodnevno soočanje s starostnikom. Za razumevanje njegovega vedenja je potrebna potrpežljivost in sprejemanje drugačnosti. Posebno velika pozornost je potrebna pri starostnikih z demenco. Nepoznavanje njihovih značilnosti so pogost vzrok konfliktov (4).

2.3.1 Pomen in posebnosti komunikacije v zdravstveni negi starostnika z demenco

Delo s starostnikom z demenco in ne več zanj je povezano s stalno komunikacijo. Komunikacija med medicinsko sestro in starostnikom z demenco je pomembno delo medicinske sestre in terapevtsko sredstvo za pomoč starostniku. Komunikacija in terapevtski odnos med njima sta osnova za učinkovito psihiatrično zdravstveno nego. Če znamo komunicirati pomeni, da znamo prilagoditi svojo komunikacijo konkretnemu cilju (18).

Komunikacija z drugimi je za starostnika z demenco izrednega pomena. Komunikacija med medicinsko sestro in njim je posredna ali neposredna, besedna ali nebesedna. Pomembno je, da pacienta pozorno in natančno poslušamo, se znamo pogovarjati z njim. Poleg mirnega glasu, na starostnika z demenco deluje pomirjajoče tudi naša mimika, gibi in kretnje (17).

Pri komunikaciji uporabljamo razločen in počasen govor, uporabljamo preproste besede, komunikacijo prilagodimo na primerno stopnjo razumevanja. Večkrat ponavljamo ene in iste stvari (vprašanja, navodila). Kljub temu, da nas starostnik mogoče ne razume, se z njim pogovarjamo, obvestimo ga o vseh ukrepih, katere bomo pri njemu izvajali. Pri pogovoru z njim smo spoštljivi, ga vikamo in ga ne obravnavamo kot otroka (17).

Velik pomen pri komunikaciji s starostniki z demenco ima besedna govorica, pa čeprav je pogosto otežena, prav tako pa ima pomemben pomen tudi telesna govorica. Z njeno pomočjo lahko ugotovimo in ocenimo pacientovo počutje ali njegove telesne in duševne motnje (17).

Za vzpostavitev zaupljivega in pristnega odnosa s starostnikom z demenco je potrebno upoštevati nekatera načela besedne in nebesedne komunikacije (31) :

- uporaba kratkih in enostavnih stavkov, govorimo počasi,
- podajamo le eno navodilo, ne govorimo za njegovim hrbtom ali iz sosednjega prostora, ker s tem lahko starostnika zmedemo,
- pri njegovem pripovedovanju ga poslušamo in ga ne prekinjamo,
- uporaba imen in ne zaimkov,

- v primeru, če nas starostnik z demenco zamenja za koga drugega, se vživimo v vlogo,
- pri komunikaciji z njim ga gledamo v oči, ne mahamo z rokami,
- uporaba nežnih dotikov.

Zaradi nerazumevanja lahko pri starostniku z demenco sprožimo stres, agresivnost, nezaupanje in zapiranje vase. S pravilnim pristopom lahko premaknemo prehode iz nižje stopnje demence v višjo, prav tako pa mu tudi izboljšamo kvaliteto življenja (31).

2.3.2 Komunikacijske težave, ki se pri demenci pogosto pojavljajo

Pri komunikaciji med medicinsko sestro in starostniki z demenco pogosto prihaja do motenj, katerim se poizkušamo izogibati. Te motnje lahko nastanejo tako s strani medicinske sestre kot s strani starostnika z demenco (27).

Motnje na strani medicinske sestre oz. zdravstvenega osebja (27):

- negotovost,
- napačno podana navodila,
- strah pred vprašanji pacienta,
- nejasno in neurejeno govorjenje,
- napačno spraševanje in odgovarjanje,
- pomanjkanje časa,
- neustrezen odnos do pacienta,
- jemanje poguma s telesno govorico.

Med ovire, ki vplivajo ne učinkovito komunikacijo med starostnikom z demenco in medicinsko sestro, pa sodijo tudi: negativno spodbujanje pacienta, priganjanje pacienta, sprememba teme pogovora, pretirano spraševanje in nestrpno prekinjanje pacienta, gledanje mimo njega med pogovorom, obsojanje ter stereotipne opombe (14).

Motnje na strani starostnika z demenco (27, 32):

- strah pred odgovarjanjem,
- depresivnost,
- agresivnost,
- napačna pričakovanja,
- okvara sluha in govora,
- pomanjkanje pozornosti,
- neposlušnost,
- neustrezno, nemirno okolje,
- napačne predstave,
- motnje pomnjenja,
- osebe nenehno ponavljajo ena in ista vprašanja,
- težko spremljanje pogovora,
- izgubljanje rdeče niti med pogovorom,
- težave s pomnjenjem ljudi, krajev in predmetov,
- neusklajeno spreminjanje teme pogovora,
- pripovedovanje o preteklosti,
- starostniki z demenco pogosto trdijo nekaj, kar ne drži.

3 METODE DELA

3.1 Namen naloge

Namen diplomske naloge je proučiti komunikacijo medicinskih sester s starostniki z demenco.

3.2 Cilj naloge

Cilj je opisati in razložiti, kako poteka komunikacija med medicinskimi sestrami in starostniki z demenco, katere so najpogostejše ovire, ki se pojavljajo in kako se s temi ovirami spoprijemajo in jih rešujejo.

3.3 Raziskovalna vprašanja

Za izvedbo naloge in za pomoč pri opravljanju intervjuja smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- kako pogosto se zdravstveni delavci soočajo s starostniki z demenco,
- kako poteka komunikacija med zdravstvenimi delavci in starostniki z demenco,
- katere so ovire in težave pri komunikaciji, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci pri komunikaciji s starostniki z demenco,
- kako zdravstveni delavci premoščajo oz. rešujejo ovire, ki se pojavljajo v komunikaciji med njimi in starostniki z demenco.

Kot temeljno metodo dela smo v raziskavi uporabili kvalitativno deskriptivno metodo dela, z uporabo polstrukturiranih intervjujev z zdravstvenimi delavci, ki delajo na področju institucionalnega varstva starejših oseb.

3.4 Vzorec

Intervjuvanih je bilo 6 srednjih medicinskih sester, ki so zaposlene v enem od domov starejših občanov na Obali. Zaposlili smo za dovoljenje za opravljanje raziskave, na podlagi katerega so nam odobrili oz. nas pozvali, da raziskavo opravimo. Intervjuvane medicinske sestre so tu zaposlene od 8 do 34 let, vse pa so zaposlene na zaprtem oddelku, kjer prevladujejo starostniki z demenco. Vsem šestim medicinskim sestram so bila zastavljena 4 enaka vprašanja.

3.5 Raziskovalni instrument

Raziskavo smo z metodo polstrukturiranega intervjuja opravili v enem od domov starejših občanov na Obali, v mesecu februarju 2014, in vključuje naslednja vprašanja, z dopuščanjem možnosti poglobljanja določenih tem, glede na odgovore udeležencev:

- Kako pogosto se soočate s starostniki z demenco?
- Kako poteka komunikacija med zdravstvenimi delavci in starostniki z demenco?
- Katere so ovire in težave s katerimi se soočate pri komunikaciji s starostniki z demenco?
- Kako premoščate oz. rešujete ovire, ki se pojavljajo v komunikaciji med vami in starostniki z demenco?

4 REZULTATI

V enem od domov starejših občanov na Obali smo izvedli intervjuje. Intervjuvali smo 6 srednjih medicinskih sester, katerim so bila zastavljena 4 enaka vprašanja. Intervjuvane medicinske sestre so zaposlene v instituciji od 8 do 34 let.

Zastavljena vprašanja so bila povezana s temo glede komunikacije med medicinskimi sestrami in stanovalci v domu upokojencev, z njimi pa smo potrdili teoretični del naloge.

Na vprašanje, kako pogosto se intervjuvane medicinske sestre srečujejo s starostniki z demenco, so vse odgovorile, da vsakodnevno, saj so zaposlene na posebnem varovanem oddelku, kjer imajo pretežno starostnike z demenco.

Večina intervjuvanih medicinskih sester je odgovorila, da pri komunikaciji s starostniki z napredovalo demenco najpogosteje uporabljajo enosmerno komunikacijo, pogosta pa je tudi uporaba telesne govorice. Pri komunikaciji s starostniki z demenco je zelo pomembna uporaba verbalne in neverbalne govorice ter njuna kombinacija, vendar pa je to potrdila le ena od 6 intervjuvanih medicinskih sester.

Pri komunikaciji se tako s strani medicinske sestre kot s strani starostnikov z demenco pojavljajo ovire in težave. Najpogostejše težave, s katerimi se srečujejo intervjuvane osebe, so težave z govorom, sluhom in nerazumevanjem tako s strani medicinske sestre kot s strani starostnika. Zaradi nerazumevanja posledično prihaja do težav kot so: neredno jemanje terapije, težave pri prehranjevanju, izločanju in odvajanju.

Dobili smo veliko načinov reševanja težav, ki se pojavljajo v komunikaciji med njimi. Razdelili smo jih na dva dela, in sicer na ukrepe, ki se izvajajo na ravni medicinske sestre in na ukrepe, ki se izvajajo na ravni institucije, zdravstvene nege ter zdravstvenega varstva.

Dobili smo potrditev, da je zelo pomemben miren in počasen pristop do starostnika z demenco ter vzpostavitev pristnega odnosa z njim. Vsi intervjuvani navajajo pomembnost pravilnega postavljanja vprašanj, ki morajo biti kratka, jasna in razumljiva. Velik poudarek dajejo tudi na vzpostavitev odnosa, ki mora temeljiti na zaupanju, empatiji, spoštovanju in sprejemanju pacienta takega kot je, kar nam tudi narekujejo načela terapevtske komunikacije. Medicinske sestre skušajo komunikacijo prilagoditi glede na sposobnosti

razumevanja starostnikov. Delo s starostniki z demenco zahteva veliko časa, intervjuvane medicinske sestre pa navajajo, da zaradi preobremenjenosti, prezaposlenosti in pomanjkanja kadra, to pogosto ni mogoče.

Za lažje sporazumevanje s starostniki z demenco pa je potrebna tudi ustrezna prilagoditev prostora ter uporaba simbolov in znakov. Pomembno je vključevanje svojcev v zdravstveno nego in tudi vključevanje starostnikov v različne aktivnosti.

Preglednica 2: Odgovori intervjuja

ZASTAVLJENA VPRAŠANJA	ODGOVORI	POGOSTOST (n)
	PROCES KOMUNIKACIJE	
<i>Kako pogosto se soočate s starostniki z demenco?</i>	Vsakodnevno.	6
<i>Kako poteka komunikacija med zdravstvenimi delavci in starostniki z demenco?</i>	Komunikacija je večinoma enosmerna, razen če je stadij demence nižji, takrat je mogoča tudi dvosmerna komunikacija.	4
	Pogosta je uporaba telesne govorice.	2
	Uporaba tako verbalne kot neverbalne komunikacije.	1
<i>Katere so ovire in težave s katerimi se soočate pri komunikaciji s starostniki z demenco?</i>	Pogosto nerazumevanje tako s strani starostnikov kot s strani zdravstveno- negovalnega osebja.	3
	Težave zaradi naglušnosti.	3
	Pogosto je prizadet govor.	3
	Težave pri jemanju terapije, ker starostniki z demenco pogosto ne razumejo, zakaj morajo terapijo zaužiti, pogosto jo pljuvajo ven. Zaradi motenj spomina terapijo pogosto pozabijo zaužiti.	1
	Ne znajo povedati kdaj so lačni, žejni, kdaj bodo izločali ali odvajali.	1
	UKREPI S STRANI ZDRAVSTVENO-NEGOVALNEGA OSEBJA	
	Potreben je miren in počasen pristop, delo z veliko potrpežljivosti, razumevanjem in s strpnostjo.	6

<i>Kako premoščate oz. rešujete ovire, ki se pojavljajo v komunikaciji med vami in starostniki z demenco?</i>	Potrebno je pozorno poslušanje starostnikov in postavljanje čim krajših in razumljivih vprašanj (z odgovorom da ali ne). Ne uporabljamo strokovnih izrazov. Če nas starostnik ne razume, večkrat pokažemo in ponovimo ene in iste stvari. Potrebno je natančno opazovanje takih starostnikov, ker velikokrat ne znajo povedati ali jih kaj boli oz. kje jih boli.	6
	Na prvem mestu je odnos zdravstveno negovalnega osebja do starostnikov z demenco, ki mora biti pozitivno naravnan, potrebna je vzpostavitev zaupanja in empatije. Če je starostnik razburjen, ga je potrebno pomiriti in pri tem ne uporabljamo agresivnih metod (npr. kričanje).	5
	Pri pogovoru oziroma komuniciranju je potrebno upoštevati starostnikovo sposobnost razumevanja in komuniciranja, uporabimo njemu primerno komunikacijo. Če je starostnik naglušen govorimo bolj glasno.	3
	Starostniku z demenco je potrebno posvetiti veliko časa, vendar pa zaradi pomanjkanja zdravstveno-negovalnega osebja pogosto to ni mogoče.	2
	Vključevanje starostnikov z demenco v javna dela.	1
	Stalno izobraževanje osebja o demenci.	1
	UKREPI IN AKTIVNOSTI NA RAVNI INSTITUCIJE, ZDRAVSTVENE NEGE TER ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	
	Starostniku moramo omogočiti mirno in ustrezno okolje. Na vratih sob so obešene tablice, na katerih pišejo imena in priimki starostnikov ter različni znaki, da lažje najdejo sobo. V skupnih prostorih so na veliko z velikimi črkami napisani dan, mesec in leto ter ura, prav tako imajo napisane urnike različnih dejavnosti.	4
	Vključevanje svojcev v zdravstveno nego, veliko skupinske terapije in vključevanje v različne aktivnosti (družabne prireditve, igre, sprehodi, branje, enkrat mesečno imajo organizirano terapijo s kužkom).	1
	Potrebno je spodbujanje starostnikov pri vseh življenjskih aktivnostih.	2

5 RAZPRAVA

Demenca je bolezen, pri kateri so najbolj prizadete kognitivne sposobnosti starostnika, z naraščanjem starosti pa postaja vedno bolj pogosta. Zaradi naraščanja števila starejšega prebivalstva pa naj bi se v prihodnosti njena pojavnost še povečala (2).

Pomen komunikacije je tako v osebnem kot na poklicnem področju posameznikov vedno bolj v ospredju, prav tako pa se je povečal pomen učenja komunikacije. Poklic medicinske sestre zaradi narave svojega dela z ljudmi zahteva poznavanje in obvladovanje terapevtske komunikacije. Brez nje ni mogoče zagotoviti učinkovite in kakovostne zdravstvene nege, učenja pravilne komunikacije pa se je potrebno naučiti že v zdravstvenih šolah. Medicinska sestra veliko lažje spremlja pacienta in mu nudi ustrezno zdravstveno nego, če ima ustrezno znanje in izkušnje spodročja komunikacije. Medicinska sestra neprestano komunicira s pacienti, s tem pridobi pomembne informacije o pacientu, ugotovi njegove potrebe, želje in pričakovanja. Poleg tega, da je komunikacija del delovanja medicinske sestre, pa je tudi sredstvo za pomoč pacientu pri njegovih telesnih in psiholoških potrebah. Je proces, ki se razvija s pomočjo stalnega samoopazovanja, učenja ter poklicne in osebnostne rasti v odnosu medicinska sestra- pacient.

Komuniciranje med medicinsko sestro in starostnikom z demenco je bistveno za uspešno delo, ki zahteva veliko razumevanja, potrpežljivosti in iznajdljivosti. Medicinska sestra se zaveda, da proces komunikacije ni spontan, že od nekdaj naučen, temveč da se je komunikacije potrebno zavestno učiti. Znati komunicirati pomeni, da prilagodimo način komuniciranja konkretno določenemu cilju.

Pri pregledu literature smo ugotovili, da je sama demenca zelo aktualna in obravnavana tema, vendar pa smo zasledili zelo malo literature in raziskav o komunikaciji, ki se odvija med medicinsko sestro in starostnikom z demenco. Ta je namreč ključnega pomena v izvajanju učinkovite zdravstvene nege in je temelj za izgraditev pristnega odnosa.

Cilj naše raziskave je bil, da ugotovimo, s kakšnimi težavami se medicinske sestre srečujejo pri komunikaciji s starostniki z demenco in na kakšen način te ovire rešujejo.

Z opravljenim intervjujem s šestimi srednjimi medicinskimi sestrami smo ugotovili, kakšni in kateri so načini za uspešno komunikacijo s starostniki z demenco. Ugotovili smo, da se vse intervjuvane medicinske sestre uspešno soočajo s temi ovirami in vedno najdejo način uspešne komunikacije, saj s takimi pacienti delajo že vrsto let.

Medicinske sestre pri komunikaciji s starostniki z demenco uporabljajo dvosmerno komunikacijo, če gre za prva dva stadija demence. Za tretji stadij je značilen nerazumljiv govor, večinoma v zlogih, v četrtem pa se starostniki z demenco ne odzivajo na govor, zato je takrat pogosta uporaba enosmerne komunikacije. Takrat je tudi potrebna uporaba telesne govorice, ponavljanja besed, vzpostavljanja stika z očmi. Tudi intervjuvane medicinske sestre so to potrdile, uporabljajo pa tako verbalno kot neverbalno komunikacijo.

Avtor Lokar navaja (17), da je besedna govorica pri starostnikih z demenco pogosto otežena, takrat nastopi pogosta uporaba telesne govorice in jo v povezavi s simbolno govorico uporabljamo v zdravstveni negi starostnika z demenco. Preko nje nam starostnik daje različne signale. Telesne govorice se delno lahko naučimo in nam pomaga pri prepoznavanju starostnikovih potreb, želja ter njegovega duševnega in telesnega zdravstvenega stanja (27). Za vzrok motene besedne komunikacije intervjuvane medicinske sestre navajajo prizadet govor ali slušno prizadetost, saj so to že nasploh zelo pogoste težave v obdobju starosti.

V literaturi smo zasledili velik poudarek na mirnem, počasnem pristopu k starostniku z demenco, pozornem in natančnem poslušanju, česar se tudi v praksi medicinske sestre zavedajo in se tega poslužujejo (31). To jim omogoča ustrezno znanje, neprestano izobraževanje, obvladovanje terapevtske komunikacije in dolgoletne izkušnje s starostniki z demenco, vendar lahko kljub obvladovanju vseh teh znanj in spretnosti prihaja do težav v komunikaciji med njimi. Medicinska sestra pozna veščine verbalne in neverbalne komunikacije, pravočasno prepozna težave, s katerimi se starostnik srečuje in jih uspešno rešuje ali preusmerja.

Intervjuvane medicinske sestre se za vzpostavitev zaupljivega in pristnega odnosa s starostnikom z demenco poslužujejo različnih tehnik in veščin komunikacije. Prav tako kot avtor Mörec (31), tudi intervjuvane medicinske sestre dajejo poudarek na mirnem in počasnem pristopu k starostniku z demenco in delu z veliko mero potrpežljivosti,

razumnosti in strpnosti. Vsi navajajo natančno in pozorno poslušanje starostnikov ter pravilno zastavljanje vprašanj in podajanje ustrezno oblikovanih odgovorov. Potrebno je jasno govorjenje, večkratno ponavljanje in še posebno v primeru naglušnosti glasen govor.

Hkrati je pomembno, da medicinska sestra pri izvajanju komunikacije in zdravstvene nege ohranja spoštovanje do starostnika z demenco. Pacienta spodbuja in vzdržuje njegove sposobnosti in aktivnosti. Medicinske sestre izvajajo te aktivnosti z različnimi terapevtskimi skupinami, družabnimi prireditvami, igrami, z vključevanjem starostnikov v javna dela in s sodelovanjem z ostalimi strokovnimi sodelavci. Velik pomen dajejo tudi na vključevanje svojcev v zdravstveno nego, katere je potrebno spodbujati na intenzivnem ukvarjanju s starostnikom.

Avtor Filipič pravi, da med motnje v komunikaciji, ki prihajajo s strani starostnika prištevamo tudi neustrezno in nemirno okolje (27). V Obalnem domu upokojencev to oviro rešujejo na ustrezen način. Imajo poseben, tj. varovani oddelek, na katerem bivajo starostniki z demenco. Prostori na oddelku starostnikom omogočajo časovno in krajevno orientacijo, sobe si lahko uredijo po svojem okusu, v skupnih prostorih pa imajo na viden način objavljene urnike raznih dejavnosti. Za lažjo prostorsko orientacijo imajo starostniki na vratih svojih sob obešene različne motive, po katerih lažje najdejo svoj prostor.

Medicinska sestra naj bi pri vsakemu pacientu, pa naj bo to otrok, odrasla oseba ali starostnik odkrivala in zadovoljevala njegove potrebe po zdravstveni negi. Za to je potrebno veliko časa, ki pa ga zaradi pomanjkanja kadra in preobremenjenosti medicinske sestre pogosto nimajo dovolj, kar povzroča težave tako pri izvajanju zdravstvene nege, kot tudi pri zagotavljanju ustrezne komunikacije.

6 ZAKLJUČEK

Pri pisanju diplomske naloge smo ugotovili, da je demenca bolezen, ki prizadene vedno več in več starostnikov. Z napredovanjem bolezni starostniki postopoma izgubljajo svojo samostojnost pri vseh življenjskih aktivnostih, peša jim tako duševno kot telesno zdravje. Zaradi različnih vzrokov kot so motnje spomina, težave z govorom in sluhom ter težave pri krajevni in časovni orientaciji je pogosto motena tudi komunikacija z njimi. Vzrok za moteno komunikacijo pa ni vedno starostnik z demenco, ampak je lahko tudi medicinska sestra.

Za učinkovito in kakovostno komunikacijo je zelo pomembno poznavanje demence s strani medicinske sestre. Ta mora poznati načine ustrezne komunikacije, obvladati mora tehnike terapevtske komunikacije. Pravilna komunikacija s starostniki z demenco je ključnega pomena za oblikovanje odnosa med medicinsko sestro in pacientom.

Z opravljenimi intervjuji v enem od domov starejših občanov na Obali smo potrdili teoretični del naloge in ugotovili, da se medicinske sestre vsakodnevno soočajo s težavami v komunikaciji s starostniki z demenco. To poskušajo v večji meri reševati s pravilnim pristopom, odnosom do pacienta in z uporabo terapevtske komunikacije, katera mora biti pogosta in prilagojena stanju starostnika. Za učinkovito komuniciranje s starostniki z demenco uporabljajo različne načine kot so vključevanje v terapevtske skupine, družabne prireditve, igre, sprehodi, prilagoditev prostorov, ki omogočajo lažje sporazumevanje s starostniki z demenco. Pomembno je tudi vključevanje svojcev in bližnjih v obravnavo starostnikov. Na ta način se medicinske sestre uspešno soočajo s težavami, ki se pojavljajo v komunikaciji med njimi.

Medicinska sestra prepozna potrebe in želje starostnika z demenco tako, da se mu popolnoma posveti in intenzivno dela z njim. K temu pripomorejo tudi njene dolgoletne izkušnje. Tako hitro najde način ustrezne komunikacije s starostniki z demenco.

7 LITERATURA

1. Ekman SL. Monolingual and Bilingual Communication Between Patients With Dementia Diseases and Their Caregivers. *Int Psychogeriatr* 1996; 8: 127-132.
2. Grad A (2007). O demenci. <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf> <20.11.2013>.
3. Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2005.
4. Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinšek L. Komunikacija- Komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. *Obzor Zdrav Neg* 1996; 30: 13-19.
5. Vec T. Dejavniki učinkovite komunikacije in komunikacijski zakoni. *Socialna pedagogika* 2002; 1: 67-80.
6. Servellen V. Communication skills for the health care professional: concepts, practice, and evidence. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 2009.
7. Myers T. Mosby's medical dictionary: Medical dictionary. 8th ed. St. Louis: Mosby, Elsevier, cop., 2009: 462.
8. Hülsen A. Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. 1. izd. Logatec: Firis Imperl & Co, 2010.
9. Pirtošek Z. Nevrološki vidiki demenc. V: Pišljari M, ur. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: Zbornik prispevkov, Idrija, 29. oktober 2004. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2004: 11-18.
10. Berkow R, ur. Veliki zdravstveni priročnik za domačo uporabo. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2005: 366-369.
11. Kostnapfel J. Senilna in presenilne demence. V: Milčinski L, ur. Psihijatrija. 2. izd. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986: 199-202.
12. Fink A, Černelč E. Pomoč in oskrba 2: Učbenik za bolničarje negovalce. Ljubljana: DZS, 2005: 159-163.

13. Tomori M, Ziherl S, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999: 105.
14. Pregelj P, Kobentar R., ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. 1. izd. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 31-38 in 85-89 in 90-98.
15. Sever A, Šešok S. Nevropsihološka obravnava osebe z demenco. V: Pišljarij M, ur. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik prispevkov, Idrija, 29. oktober 2004. Idrija: Psihiatrična bolnišnica, 2004: 27-37.
16. Čuk V. Celostna obravnava starostnika z duševno motnjo. V: Jurdana M, Poklar VT, Peršolja ČM, ur. Razsežnosti kakovostnega staranja. Koper: Univerza na Primorskem , Znanstveno- raziskovalno središče, Univerzitetna založba Analles, 2011: 179-193.
17. Lokar J, Balkovec I. Organske duševne motnje in proces zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg* 1987; 21: 215-226.
18. Batta M, Bundalo BM, Čebašek TZ, Čelan SŠ, Čuček TK, Drakšič MD *in sod.* Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: UNI ZALOŽBA, 2011: 81-88 in 201.
19. Sedej KA, Vibtelich S. Ohranjanje samotojnosti pri bolniku z demenco. V: Pišljarij M, ur. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik prispevkov. Idrija, 29. oktober 2004. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2004: 58-62.
20. Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2009.
21. Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Ljubljana: Didakta, 1994.
22. Paladin M. Neverbalna komunikacija: dopolniti besede in biti prepričljiv. Nova Gorica: Educa, Melior, 2011: 33-34.
23. Kompare A, Stražišar M, Vec T. Psihologija: Spoznanja in dileme. 1. izd. Ljubljana: DZS, 2005: 392-398.

24. Rakovec FZ. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen. 1. izd. Maribor: Pivec, 2009: 331-332.
25. Fast J. Govorica telesa. Koper: Lipa, 1973:9.
26. Kovačev AN. Govorica telesa. Izraznost roke med naravo in kulturo. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, 1997: 17.
27. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg* 1998; 32: 221-225.
28. Kogovšek B, Škerbinšek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. 1. izd. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002: 24-25.
29. Menart J, Kogoj M, Zajc D. Zdravstvena nega pacienta s psihotično motnjo. V: Bregar B, Mrak L, ur. Seminar psihiatrične bolnišnice Idrija in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji: Izzivi pri obravnavi psihoz: Zbornik predavanj z recenzijo, Idrija, 13. novembra 2012. Idrija: Zbornica zdravstvene in babetne nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2012: 12-21.
30. Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, 2009: 117-119.
31. Mörec D. Inovativna validacija- oblika dela z dementnimi starostniki. V: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I, ur. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik strokovnega seminarja, Murska Sobota, 19. april 2010. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Pomurja, 2010: 21-22.
32. Powell J. Poti k sporazumevanju: Pomoč starejšim pri demenci: Vodič za delo negovalcev. Ljubljana: Tisk medium d.o.o., 2010:16.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Katarini Babnik in somentorici Heleni Skočir, pred. za strokovno pomoč in usmerjanje pri nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Obalnega doma upokojencev Koper, ki so mi odobrili in omogočili izvajanje intervjuja, kateri mi je bil v veliko pomoč pri pisanju diplomske naloge.

Posebna zahvala gre moji družini, katera mi je omogočila dokončanje študija in me neprestano spodbujala ter prijateljem za vso pomoč in moralno podporo, ki so mi jo nudili tekom študija.

PRILOGA

Pozdravljeni,

Sem Andrej Kočevar, študent UP Fakultete za vede o zdravju Izola. Pišem diplomsko nalogo z naslovom Komunikacija s starostniki z demenco. Za izvedbo diplomske naloge sem se odločil intervjuvati 5 zdravstvenih delavcev, ki so dnevno v stiku s takimi bolniki, zato vas vljudno prosim za izpolnitev naslednjega vprašalnika.

Delovno mesto: _____

Čas trajanja zaposlitve v Obalnem domu upokojencev Koper: _____

1. Kako pogosto se soočate s starostniki z demenco?

2. Kako poteka komunikacija med zdravstvenimi delavci in starostniki z demenco?

3. Katere so ovire in težave pri komunikaciji, s katerimi se soočate pri komunikaciji s starostniki z demenco?

4. Kako premoščate oz. rešujete ovire, ki se pojavljajo v komunikaciji med vami in starostniki z demenco?

Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem,

Andrej Kočevar